

LAKE COUNTY DEPARTMENT OF PUBLIC SAFETY/EMERGENCY MANAGEMENT DIVISION

| | | |
|-------|---|----------------|
| Fecha | FORMA DE SOLICITUD DE NECESIDADES ESPECIALES | ID del Cliente |
|-------|---|----------------|

Florida y Leyes Federales requieren que información contenida en sus registros médicos sean estrictamente confidenciales y no sean revelados sin su consentimiento escrito. El consentimiento que usted firma en esta página continuará en efecto hasta que retire su consentimiento por escrito, lo que puede hacer en cualquier momento. Usted tiene el derecho de solicitar y obtener una copia de este consentimiento. El solo propósito de este formulario es el Registro de Necesidades Especiales. La diseminación, distribución o copia de este documento es estrictamente prohibido excepto para uso por

| | | |
|------------------------------|---------------------------|--------------------|
| Agencia de Salud en el Hogar | Compañía de Equipo Médico | Centro de diálisis |
|------------------------------|---------------------------|--------------------|

Afiliación con otras Agencias (Servicios Médicos de la Niñez; Servicios de Audición, Visual, Desarrollo, Salud Mental ; Otros Servicios especiales)

INFORMACIÓN PERSONAL

| | | | | | |
|----------|---------------|----|--|--|---|
| Apellido | Primer Nombre | IM | Número Seguro Social ____/____/____ | Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) ____/____/____ | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
|----------|---------------|----|--|--|---|

Grupo Étnico

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Africano/Americano (N) | <input type="checkbox"/> Negro & Blanco (N&B) |
| <input type="checkbox"/> Caucásico (B) | <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska & Blanco (IA/NA&B) |
| <input type="checkbox"/> Hispano (H) | <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska & Negro (IA/NA&N) |
| <input type="checkbox"/> Asiático o Islas del Pacífico (AS) | <input type="checkbox"/> Asiático or Islas del Pacífico y Blanco (AS &B) |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska (IA/NA) | <input type="checkbox"/> 2+Razas No-Hispano (2+NH) |
| <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/Otras Islas del Pacifico(NH/PI) | |

| | | | |
|-----------------------|--------|-----|----------|
| Dirección Residencial | Ciudad | Zip | Teléfono |
|-----------------------|--------|-----|----------|

| | | | |
|-------------------------------------|--------|-----|---|
| Dirección Postal (si es diferente): | Ciudad | Zip | Casa Móvil <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
|-------------------------------------|--------|-----|---|

| | | |
|--|---|---|
| Nombre de la Subdivisión, Parque de CM, Edificio de Apt, ect.: | Si dirección es temporera, de fechas Desde: _____ Hasta: _____ | Area Inundable <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
|--|---|---|

Situation de Vivienda Vive Solo Con Cónyuge Con Hijos Con Padres

INFORMACIÓN MÉDICA *(Marque y complete los que apliquen a su condición médica)*

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Equipo Médico Requerido o de Sustentación de Vida <input type="checkbox"/> Concentrador de Oxígeno <input type="checkbox"/> Respirador(Ventilador) <input type="checkbox"/> Oxígeno portable <input type="checkbox"/> Máquina de succión <input type="checkbox"/> Nebulizador <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> Oxígeno - Continuo Cantidad de Oxígeno? _____ <input type="checkbox"/> Oxígeno - Solo para Tratamientos Cantidad de Oxígeno? _____ Que frecuencia? _____ <input type="checkbox"/> Oxígeno - PRN (Según lo necesite) Noche # de Horas? _____ De Dia # de Horas? _____ Cantidad Usada por Dia? _____ <input type="checkbox"/> Historial Cardiaco <input type="checkbox"/> Dialisis Frecuencia? _____ <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Medicacion que Sostiene la Vida <input type="checkbox"/> Fragil <input type="checkbox"/> Limitaciones en movilidad <input type="checkbox"/> Confinado a Silla de Ruedas | <input type="checkbox"/> Confinado a Cama <input type="checkbox"/> Peso > 300 lbs. <input type="checkbox"/> Limitacion de Audicion <input type="checkbox"/> Limitacion de Vision <input type="checkbox"/> Limitaciondel Habla <input type="checkbox"/> Limitacion de Memoria <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresion <input type="checkbox"/> Equipo de Alerta para Emergencias <input type="checkbox"/> Orden de no Resucitar(Traiga una copia) <input type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental (Explique) _____ <input type="checkbox"/> Necesidad de Dieta Especial (Explique) _____ <input type="checkbox"/> Alergias (<i>Haga Lista</i>) _____ <input type="checkbox"/> Otros (explique) _____ |
|---|--|

| | | |
|-----------------------|-------------------------|--|
| Diagnóstico Primario: | Diagnóstico Secundario: | Si incapacidad es Temporera, de Fechas: Desde: _____ Hasta: _____ |
|-----------------------|-------------------------|--|

| Emergency Management Use Only | Health Department Use Only |
|---|---|
| Previous Application: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, current status: | <input type="checkbox"/> SN Cat 1 <input type="checkbox"/> SN Cat 2 <input type="checkbox"/> Public Shelter <input type="checkbox"/> Registry On <input type="checkbox"/> Need More Information Initials: |

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS:

| | | | |
|----------------|-----------|-----------|-----------|
| Primer Nombre: | Apellido: | Relación: | Teléfono: |
| Primer Nombre: | Apellido: | Relación: | Teléfono: |

INFORMACIÓN DEL MÉDICO / FARMACIA:

| | | |
|------------------------|----------------|-----------|
| Apellido del Médico: | Primer Nombre: | Teléfono: |
| Nombre de la Farmacia: | | Teléfono: |

INFORMACIÓN PARA EL REFUGIO:

Proveerá Transporte Propio al Refugio: { } Sí { } No

Si necesita asistencia con el transporte, marque uno de los siguientes:

{ } automóvil

{ } furgoneta con elevador de silla de ruedas

{ } camilla

INFORMACIÓN DE MASCOTAS:

(Si aplica, indique cuántos)

_____ Gato

_____ Perro

_____ Perro Guía

_____ Otro

| | |
|--|-----------|
| Nombre de la persona que irá al refugio con el paciente: | Teléfono: |
|--|-----------|

COMENTARIOS:

| |
|--|
| |
|--|

INFORMACIÓN DE AUTORIZACIÓN:

OPCIONAL: PREAUTORIZACIÓN PARA QUE EL PERSONAL DE EMERGENCIA ENTRE AL HOGAR
 Autorizo al personal de respuesta de emergencia a que, de ser necesario, entre a mi hogar durante operaciones de búsqueda y rescate después de un desastre para asegurar mi seguridad y bienestar.

Firma Autorizada:

Yo, *(Nombre en Imprenta)*

entiendo que todos mis registros médicos son confidenciales, están exentos de las leyes de registros públicos y no deben ser revelados a nadie sin mi consentimiento o el consentimiento de mi guardián de acuerdo con la sección 455.241 de los Estatutos de Florida.

Por la presente doy mi consentimiento a los miembros de la Oficina de Administración de Emergencias del Condado de Lake para que tengan acceso a la información médica contenida en esta forma. Entiendo que este documento no es una reservacion pare Refugios de Necesidades Especiales pero que mi información médica será utilizada para determinar / evaluar planes apropiados para mi cuidado y tratamiento durante una emergencia.

Además, entiendo que sólo las personas que necesitan conocer esta información tendrán acceso a ella. Esta autorización permanece en efecto hasta próximo aviso, a menos que yo lo anule por escrito.

Firma Autorizada: Fecha: